

DER RESPIRATORISCHE PROBLEMFALL – WAS TUN, WENN SICH DER PATIENT NICHT BESSERT?

B. Schulz

Die Lokalisation des Problems

Symptome wie Nasenausfluss, Niesen, Atemgeräusche, Husten oder Dyspnoe stellen häufige Vorstellungsgründe bei unseren Kleintierpatienten dar, die durch eine Vielzahl von verschiedenen zugrunde liegenden Krankheiten ausgelöst werden können. Bessert sich ein Patient nicht auf die eingeleiteten Therapiemaßnahmen, sollten verschiedene Punkte noch mal durchgegangen werden, um das Problem besser einzugrenzen und therapieren zu können. Häufig hilft es uns weiter, das Problem besser lokalisieren und charakterisieren zu können, um dann gezielte diagnostische Ursachenforschung zu betreiben und adäquate Therapiemaßnahmen in die Wege leiten zu können.

Der Patient mit therapieresistentem Nasenausfluss

Nasenausfluss stellt für viele Tierbesitzer und Tierärzte ein frustrierendes Problem dar. Doch auch wenn die Symptomatik oft sehr einheitlich aussieht, gibt es viele verschiedene Ursachen für diesen Krankheitskomplex. Neoplasien, chronisch-entzündliche Veränderungen, Infektionen, Fremdkörper, Polypen und Zahnerkrankungen werden als häufige Auslöser für chronische nasale Probleme angesehen. Da die meisten dieser Krankheiten bakterielle Sekundärinfektionen nach sich ziehen, sprechen viele Patienten anfänglich auf Antibiotikagabe an und

verschlechtern sich nach Absetzen der Therapie dann wieder. Da auch die Therapie sich natürlich nach der Grundursache richten sollte und viele Patienten mit chronischem Nasenausfluss bereits multipel vorbehandelt sind, ist bei einem solchen Patienten in jedem Fall zur weiterführenden Diagnostik zu raten, um Prognose und mögliche Therapiemöglichkeiten für den individuellen Fall besser einschätzen zu können. Die Diagnostik zur Abklärung von chronischem Nasenausfluss sollte ein bildgebendes Verfahren (CT oder Röntgen) und nachfolgend die Rhinoskopie beider Nasenhöhlen von ortho- und retrograd umfassen. Auch hilft die CT oder Röntgenuntersuchung natürlich bei der Lokalisation eines Prozesses, sodass die Rhinoskopie hinterher umso zielgerichteter erfolgen kann. Biopsieproben sollten von allen veränderten Bereichen in der Nasenhöhle und, falls keine endoskopischen Veränderungen sichtbar sind, auch in repräsentativem Umfang bei unauffälliger Endoskopie erfolgen. Falls Verdacht auf eine nasale Mykose besteht, sollte neben der Histologie auch eine mykologische Kultur eingeleitet werden. Bei Neoplasie- oder Pilzverdacht kann eine angefärbte Abklatschzytologie der Biopsieprobe oft bereits einen schnellen Aufschluss über die Ätiologie der Veränderung geben.

Der Patient mit Husten

Husten stellt ein relativ unspezifisches Symptom dar, da sich die hierfür verantwortlichen Rezeptoren sowohl im oberen und unteren Respirationstrakt als auch in der Pleurahöhle befinden. In vielen Fällen lässt sich bereits durch die klinische Untersuchung eine Einschätzung vornehmen, wo das Problem zu lokalisieren ist. Bei vielen, besonders älteren Patienten, die in der klinischen Untersuchung ein Herzgeräusch aufweisen, wird beim Vorliegen von Husten ein Herzproblem vermutet und dahingehend therapiert. Stellt sich keine Besserung ein, besteht oftmals die Fragestellung, ob es sich hier wirklich um eine kardiale oder eher eine respiratorische Ursache handelt. Während beim Hund ein kardial bedingter Husten durch Druck eines vergrößerten linken Vorhofs auf die Stammbronchien oder durch ein stauungsbedingtes Lungenödem entsteht, ist Husten als Symptom einer kardialen Grunderkrankung bei der Katze untypisch. In vielen Fällen kann ein Thoraxröntgen bereits Aufschluss geben, ob die Herzsilhouette und der linke Vorhof

vergrößert erscheinen (Messung mittels VHS: Vertebral heart score), Pulmonalvenen gestaut sind oder Hinweise auf ein Lungenödem bestehen.

Spricht ein Patient nicht auf Therapie einer vermuteten zugrunde liegenden Herzerkrankung an, sollte in jedem Fall eine Dopplersonographie des Herzens durchgeführt werden, um Herzgröße und mögliche Stauungserscheinungen objektiv evaluieren zu können, da in vielen Fällen zwar eine milde Herzerkrankung vorliegt, diese jedoch nicht für die klinischen Symptome verantwortlich ist. Ist eine Herzerkrankung als Ursache des Hustens auszuschließen, kann eine weitere respiratorische Aufarbeitung (Bronchoskopie, zytologische und mikrobiologische Untersuchung einer Bronchioalveolären Lavage (BAL)) erfolgen.

Der Patient mit Dyspnoe/Polypnoe

Patienten mit Atemnot werden oft instabil vorgestellt, sodass intensive diagnostische Maßnahmen meist zurückgestellt werden müssen und der Patient initial erstmal stabilisiert werden muss. Um Patienten wirkungsvoll zu therapieren, sollte man immer daran denken, dass außer der klassischen Sauerstoffmangelsituation durch respiratorische oder intrathorakale Krankheiten auch andere Ursachen zu Polypnoe/Dyspnoe oder einem veränderten Atemmuster führen können. Diese umfassen neuromuskuläre Erkrankungen und Schwäche der Atemmuskulatur, zentralnervöse Störungen, schwere Anämie, metabolische Azidose, Fieber/Hitzschlag, Schmerzen und Endokrinopathien wie Hyperthyreose oder Hyperadrenokortizismus. Findet man also bei einem Patienten mit Dyspnoe/Polypnoe kein respiratorisches Problem, sollten diese potentiellen Ursachen ebenfalls in Betracht gezogen und ggf. weiter diagnostisch aufgearbeitet werden.

Initial profitieren die meisten Patienten von Sauerstoffgabe, dieser kann durch „Flow-by“, Nasensonde, Halskragen oder Sauerstoffbox/Zelt verabreicht werden. Eine erste Einschätzung der Situation sollte neben einer Beurteilung der Schleimhautfarbe eine Überprüfung der Atemwege beinhalten. Bei einem Patienten

mit einer obstruktiven Problematik des oberen Respirationstrakts kann in seltenen Fällen eine Tracheotomie nötig sein; ein Patient, der sich durch Sauerstoffgabe nicht stabilisieren lässt, muss ggf. intubiert und beatmet werden. Um die Oxygenierungskapazität eines Patienten einzuschätzen, bietet sich neben der technisch aufwändigeren arteriellen Blutgasmessung die Messung der Hämoglobinsättigung-Sättigung über die Pulsoxymetrie an. Eine Sättigung < 93 % stellt immer eine Indikation zur Sauerstoffzufuhr dar, ebenso natürlich wie eine bereits klinisch auffällige Zyanose (Zyanose ist erst bei einer Hb-Sättigung von 73 – 79 % sichtbar). Zeigt ein Patient mit Sauerstoffgabe keine Besserung seiner Dyspnoe und/oder Zyanose, sollte auch an eine Methämoglobinbildung gedacht werden, was meist durch Aufnahme oxidierender Substanzen ausgelöst wird (z.Bsp. Acetaminophen).

Anamnestische und klinische Hinweise können bei der weiteren Lokalisation des Problems im Respirationstrakt helfen und so eine ätiologisch ausgerichtete Therapie ermöglichen, auch wenn aufgrund der Instabilität des Patienten erstmal keine weiteren diagnostischen Schritte wie Labor, Röntgen, und Ultraschalluntersuchungen möglich sind. Tiere mit einer obstruktiven Problematik im oberen Respirationstrakt können Symptome wie Stridor, Stimmverlust, inspiratorische Dyspnoe, verlängerte tiefe Inspiration und manchmal Nasenausfluss zeigen. Häufige Krankheitskomplexe in dieser Lokalisation stellen Larynxparalyse, Brachycephalensyndrom, Trachealkollaps, Larynxödem, Fremdkörper, Neoplasien oder Polypen dar. Bei einem Patienten mit expiratorischer oder gemischter Dyspnoe und auskultatorisch verschärften Atemgeräuschen (Knistern, Rasseln) im Bereich des Lungenfelds kommen differentialdiagnostisch kardiale und pulmonäre Ursachen in Frage. Besteht Verdacht auf ein kardiales Lungenödem, sollte der Patient mit Sauerstoff und Furosemid (2-4 mg/kg, alle 2 – 4 Std. oder als Dauertropfgabe über einen Perfusor) versorgt werden. Besteht kein Hinweis auf eine Herzerkrankung, kommen differentialdiagnostisch Ursachen wie felines Asthma, Pneumonie (Aspiration, infektiöse eosinophil), Neoplasie, Blutung, ARDS, Fibrose oder Thromboembolie in Frage. Die wichtigste Maßnahme bei Verdacht auf felines Asthma ist neben der Sauerstofftherapie die Gabe eines kurzwirksamen Bronchodilators (Terbutalin: 0,01 mg/kg sc, im). Patienten mit Pneumonieverdacht (hinweisend: Fieber, evtl. Aspirationsvorbericht, Leukozytose, radiologisch alveoläre

Lungenzeichnung) bedürfen einer möglichst initial parenteral verabreichten Antibiotikatherapie. Zeigt ein Patient verminderte Lungengeräusche, schlecht hörbare Herztöne und kurze, flache Atemzüge, können dies Anzeichen für eine Erkrankung des Pleuralraums (Thoraxerguss, Pneumothorax, diaphragmatische Hernie) sein. Ist kein Ultraschallgerät zum Nachweis von intrathorakaler Flüssigkeit verfügbar und der Patient nicht stabil genug für eine Röntgenaufnahme, kann eine diagnostische Thorakozentese (7.-9. IKR, rechte Seite, immer mit geschlossenem System abziehen) zum Nachweis und zum Abziehen von Erguss oder Luft lebensrettend sein.

Bessert sich ein Patient auf das initiale Management nicht, sollte man ihn klinisch reevaluieren und ggf. weitere Diagnostik durchführen. Instabile Patienten sind häufig besser manipulierbar, wenn sie Sauerstoffversorgung erhalten, also zum Beispiel über eine Nasensonde oder bei Katzen über einen sauerstoffgefluteten Halskragen. So ist in den meisten Fällen zumindest eine Röntgenaufnahme oder ein Ultraschall mit dem Patienten in Brustlage möglich, um zum Beispiel einen Thoraxerguss als Ursache für die Dyspnoe auszuschließen und zu evaluieren, ob ein Herzproblem der Dyspnoe zugrunde liegen kann, wenn der Patient nicht auf die eingeleiteten Therapiemaßnahmen anspricht.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Bianka Schulz, Dipl. ECVIM-CA (internal medicine)
Medizinische Kleintierklinik der LMU München
Veterinärstrasse 13
80539 München
E-Mail: B.Schulz@medizinische-kleintierklinik.de